

# Harvardin opeilla terveydenhuollon rakennemuutoksia?

JUHANI LEHTO

## Johdanto

Suomen terveydenhuollon uudistamiseen on viime vuosina yhä useammin haettu ideoita Yhdysvalloista. Merkittävää julkisuutta ovat saaneet Harvard Business Schoolin strategian professorin Michael Porterin (Porter & Teisberg 2006) ajatukset, Sitran myötävaikutuksella (vrt. Teperi & al. 2009). Suomalaisille on myös tarjottu käytännön esimerkkejä Kaiser Permanente -terveydenhuoltoyrityksestä, joka myy palvelujaan lähinnä kalifornialaisten työnantajien 8,8 miljoonalle työntekijälle (Kaiser 2010) ja johon muun muassa Sitra ja Tekes ovat järjestäneet opintomatkoja.

Yhdysvalloista oppimista vastaan on helppo esittää kriittisiä huomautuksia. Onhan maa tunnettu siitä, että väestön epätasa-arvo terveydenhuollon saatavuudessa on huikean suuri huolimatta siitä, että siellä käytetään Suomeen verrattuna yli kolme kertaa enemmän rahaa asukasta kohti terveydenhuoltoon (THL 2010). Asenne voisi olla myös toinen. Juuri siksi, että epätasaa-arvon ja tuhlailuvaisuuden ongelmat ovat niin valtaisia, maassa on ehkä ollut pakottavampi tarve syventää terveydenhuollon rakenteiden analyysia.

Tässä tekstissä tutkitaan yhdysvaltalaisen terveydenhuollon rakennetutkimuksen antia suomalaiselle rakennemuutosymmärrykselle lähtien kahden Harvardin ja yhden Princetonin professorin keskenään kiistelevistä<sup>1</sup> analyyseistä. Jo mainitun Porterin lisäksi lähtökohdaksi nostetaan

Harvard Business Schoolin innovaatiojohtamisen professorin Clayton Christensenin (2009) ja Princetonin yliopiston kansantaloustieteen professorin, taloustieteen Nobel-palkinnon saajan Paul Krugmanin (2007) tekstit. Aloitan lyhyellä taustoituksella Yhdysvaltojen terveydenhuoltojärjestelmään. Sitten erittelen kolmen professorin tapaa hahmottaa järjestelmän ongelmia ja ratkaisuja. Lopuksi pohdin tämän yhdysvaltalaisen keskustelun antia Suomen terveydenhuollon rakennemuutospolitiikan kannalta.

## Yhdysvaltain terveydenhuollon yhdistynyt tuottavuus- ja tasa-arvokriisi

Yhdysvaltain terveydenhuollon nykyiset perusrakenteet luotiin osana presidentti Lyndon B. Johnsonin suurta sosiaalipoliittista uudistusta vuonna 1965. Vastoin monien – myös tavattoman monien yhdysvaltalaisen – oletusta, julkisella sektorilla on varsin iso osuus Yhdysvaltojen terveydenhuollossa. Valtiolliset vakuutukset – ennen muuta eläkeikäisten vakuutus *Medicare*, köyhien vakuutus *Medicaid* ja *Veterans Administration* eli armeijan veteraanien verorahoitteinen terveydenhuoltojärjestelmä – takaavat turvaa noin 80 miljoonalle amerikkalaiselle. Yksityiset, pääasiassa työntäjien työntekijöille maksamat vakuutukset kattavat noin 200 miljoonaa yhdysvaltalaista. Koska yksityisten vakuutusten kattamat asukkaat ovat nuorempia ja terveempiä, näiden vakuutusten kattama osuus kokonaiskustannuksista on pienempi. Julkiset järjestelmät kattoivat vuonna 2004 noin 44 prosenttia maan terveydenhuollon kokonaiskustannuksista, kun yksityisillä vakuutuksilla katettiin 36 prosenttia. Loput ovat lähinnä potilaan kotia-

1. Professorit eivät tosin teksteissään argumentoi suoraan toisiaan vastaan. Myös Yhdysvalloissa näyttää olevan tapana käydä akateemiset väittelyt varjonyrkkeilynä, antamatta kilpailijoille edes sitä kunniaa, että mainitsisi heidän nimensä ja julkaisunsa.

louden maksamia maksuja ja omavastuuosuuksia. (Krugman 2007.)

Yksityisen työnantajavakuutussektorin vähittäinen rapautuminen osana vakituisten ja täysipäiväisten palkkatyösuhteiden korvautumisesta epävarmemmilla työmarkkinoille osallistumisen muodoilla, vanhusväestön määrällinen kasvaminen ja laillisuuden rajamailla oleva maahanmuutto ovat kasvattaneet Medicaren ja Medicaidin vastuuta ja samalla kokonaan vailla vakuutusta olevien osuutta. Samaan aikaan kansainvälisesti vertailtuna poikkeuksellisen nopeasti kasvaneet sairaanhoidon hinnat ovat lisänneet yksityisesti kotitalouksien vastuulla olevaa terveydenhuollon rahoitusta. Vuonna 2006 kotitalouden täyden sairausvakuutusturvan keskimääräinen vuosimaksu oli 11 000 dollaria, joka oli pienituloisten lisäksi yhä useamman keskituloisenkin maksukyvyyn kannalta ylivoimaista. Kaikkiaan yli 15 prosenttia asukkaista on vailla kunnon sairausvakuutusturvaa. Terveydenhuoltoon käytetään 16 prosenttia bruttokansantuotteesta, mutta silti väestön elinajan odote on alhaisempi kuin useimmissa muissa vauriissa länsimaissa. Suuret menot eivät myöskään tuota asukasta kohti suurempaa lääkärin tai hoitohenkilökunnan määrää, enemmän hoitoepisodeja tai lääkkeitä tai ehkäisevää toimintaa. (Krugman 2007.)

Yhdysvaltain terveydenhuolto on edellä esitetyllä tavalla kuvattuna sekä syvässä tuottavuuskriisissä että tasa-arvokriisissä. Se selittää omalta osaltaan terveydenhuoltoreformin keskeisyyttä viime vuosikymmeninä sekä republikaanisten että demokraattisten presidenttien politiikassa. Uudistusta haluavat esimerkiksi sekä työnantaja- että työntekijäjärjestöt ja sekä köyhien että keskiluokan edustajat (Krugman 2007). Toisaalta kaksoiskriisi selittää myös reformia koskevan riittävän yksimielisyyden saavuttamisen vaikeutta. Joillekin eturyhmille tuottavuuskriisiin puuttuminen on ensisijaista, toisille tasa-arvokriisin lievittäminen. Yhdysvaltain kongressin enemmistön hyväksymän kompromissin rakentaminen ei ole onnistunut Barack Obaman edeltäjille, ja Obamakin joutui niukan enemmistön saavuttaakseen tekemään kompromisseja, jotka voivat vielä vaarantaa kevättalvella 2010 hyväksytyn reformin tavoitteiden toteutumisen.

Myös tutkijat painottavat eri tavoin tuottavuus- ja tasa-arvokriisiä. Esimerkiksi tässä artikkelissa esiintyvistä tutkijoista Porter ja Christensen keskittyvät enemmän tuottavuusongelmiin,

kun taas Krugmanin analyysissä tasa-arvon ongelma saa merkittävemmän aseman.

## **Porter: kilpailuasetelmien oikaiseminen**

Michael Porter ja Elizabeth Teisberg (2006, xiii) kertovat kirjansa syntyneen arvoituksesta:

”Miksi kilpailu epäonnistuu terveydenhuollossa? Kaikilla taloudessa yksityissektorin yritysten välinen kilpailu on kaikkein vahvin tuotteiden ja palvelujen laadun ja hintojen parannuksia ajava voima, joka tähän mennessä on keksitty.”

He (mts. 4) myös vastaavat kysymykseensä:

”Syy ei ole kilpailun puute, vaan vääränlainen kilpailu. Kilpailua on väärällä tasolla ja vääristä asioista. Se on hakeutunut nollasummapeliksi, jossa yhden järjestelmän toimijan voitto syntyy toisten toimijoiden kustannuksella. Toimijat kilpailevat kustannusten siirtämiseksi toisilleen, kootakseen itselleen neuvotteluvaimaa ja rajoittaakseen tarjolla olevia palveluja. Tällainen kilpailu ei luo arvoa potilaalle, vaan rappeuttaa laatua, synnyttää tehottomuutta, luo ylikapasiteettia, kasvattaa hallintokuluja, muiden epäkohtien lisäksi.”

## **Rakenne tuottaa vääristynyttä kilpailua**

Yhdysvaltain terveydenhuoltojärjestelmässä on varsin monia rajapintoja, joissa kustannusten siirtopyrkimystä voi tapahtua (Porter & Teisberg 2006, 34–70). Keskenään kilpailevat vakuutusyhtiöt pyrkivät vapautumaan paljon sairastavista vakuutetuista ja siirtämään heidät toisten yhtiöiden tai julkisen Medicaidin vastuulle. Ne voivat siirtää kustannuksia myös työnantajille nostamalla vakuutusmaksuja ja potilaille nostamalla omavastuuosuuksia tai palvelutuottajille asettamalla korvattavien hintojen kattoja. Vastaavasti työnantajat voivat siirtää kustannuksia työntekijöiden omavastuusiin tai vakuutusyhtiöille, palvelutuottajat vakuutusyhtiöille tai potilaille rajoittamalla annetut palvelut vain itselleen edullisella tasolla korvattaviin palveluihin. Lääkkeiden tai instrumenttien tuottajat voivat siirtää kustannuksia palvelutuottajille ja julkiselle vallalle ja niin edelleen.

Jos kustannusten siirto on helpompaa kuin tuotannollisen tehokkuuden tai laadun ja vaikeuttavuuden lisäämisen kautta tapahtuva liiketoiminnallinen menestys, paine kustannusten siirtoon kasvaa. Porterin analyysin mukaan tämä on nykyterveydenhuollossa erittäin yleistä. Yhdysvaltain terveydenhuollon toimijoiden pii-

rissä on viime vuosikymmeninä tapahtunut yhdistyminen entistä suuremmiksi yksiköiksi, esimerkiksi lääke- ja instrumenttiteollisuudessa, vakuutustoiminnassa ja palvelutuotannossa ja keskinäinen liittoutuminen esimerkiksi vakuutus-toiminnan ja palvelutoiminnan isoiksi liittoutumiksi kokoavissa HMOissa (*Health Maintenance Organization*). Tämä konsolidoituminen tapahtuu Porterin mukaan ensisijaisesti toimijoiden neuvotteluvoiman kasvattamiseksi kustannustensiirtokamppailussa. Mitä määrävämmän aseman omalla markkinallaan toimija saa, sitä enemmän voimaa sillä on siirtää kustannuksia toisille toimijoille.

Toimijakoon kasvaminen johtaa myös siihen, että tuottajat eivät erikoistu siihen, missä ne ovat muita parempia laadun, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden kannalta, vaan monialaistuvat kaikkeen siihen, missä ne voivat hyödyntää neuvotteluvoimaansa. Esimerkiksi sairaaloista tulee tällöin Porterin analyysin mukaan kaikkien erikoisalojen palvelujen myyjiä, vaikka ne vain joillakin aloilla tarjoavat parasta ja toisilla aloilla vain keskinäkertaista tai heikkoa laatua ja tehokkuutta. Jos niillä on tarpeeksi neuvotteluvoimaa markkinoilla, ne voivat korvata heikkojen alojensa tehottomuutta sillä, että ostajat joka tapauksessa tarvitsevat niiden vahvojen alojen palveluja ja saadakseen näitä ne joutuvat ostamaan myös saman tuottajan heikommin kilpailukykyisiä palveluja.

Vakuutusyhtiöiden ja varsinkin perusterveydenhuollon tuottajien tasolla toimijakoon kasvaminen mahdollistaa myös sen, että toimijan intressissä on yhtäältä saada piiriinsä mahdollisimman paljon maksajia, vakuutettuja ja näiden työnantajia ja toisaalta rajoittaa vakuutetulle annettuja palveluja. Tätä edistää myös alueellisen monopoliaseman saavuttaminen.

Sen lisäksi, että järjestelmässä painottuu kilpailu väärään asiaan, kustannusten siirtoon, toimijakoon kasvamiseen liittyy myös kilpailun keskittyminen väärille tasoille. Monialapalvelutuottajat kilpailevat vakuutusyhtiöiden tilauksista koko palveluvalikoimallaan, eivät yksittäisten palvelutyyppien laadulla ja kustannusvaikuttavuudella. Vakuutusyhtiöt kilpailevat työnantajien vakuutusyhtiövalinnoista koko korvattavien palvelujen valikoimalla ja sen kokonaishinnalla, ei yksittäisten palvelukokonaisuuksien tasolla. Kilpailu keskittyy myös varsin lyhyihin aikajaksoihin, esimerkiksi kalenterivuosiksi, vaikka monien ter-

veydenhuollon toimien, esimerkiksi ehkäisy- ja kroonisten tautien hoidon, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus ovat nähtävissä vasta vuosien aikavälillä. Kilpailu rajoittuu myös liian suppeisiin alueellisiin markkinoihin, vaikka Porterin mielestä kertaluonteisiin hoitotoimenpiteisiin potilaat voisivat olla valmiit hakemaan parasta laatua pitkienkin välimatkojen päästä, samalla tavoin kuin he voivat matkustaa pitkälle esimerkiksi nähdäkseen haluamansa urheilu- tai kulttuuri-tapahtuman tai luontokokemuksen.

### **Pitäisi kilpailla potilaalle tuotettavasta terveyshyödyistä**

Porterin mielestä markkinoilla pitäisi kilpailla asiakkaalle tuotetulla arvolla. Terveystenhuollossa tämä arvo on hänen mielestään palvelun tuottama terveyshyöty, vaikutus terveydessä. Hän ei oikeastaan perustele tätä teesiä, vaan pitää sitä jotenkin itsestään selvänä, vaikka se merkitsee radikaalia irtautumista vapaan markkinatalouden perusolettamuksista. Eivätkö asiakkaat saakaan määrittää kukin omalla tavallaan omia preferenssejään? Samalla logiikalla kai voisi ajatella, että auton ostamista pitäisi ohjata auton asiakkaalle tuoma logistinen hyöty tai vaatteiden ostamista niiden tuottama suojaushyöty. Voidaanhan ajatella, että myös terveydenhuollon palvelujen valinnassa voi olla esimerkiksi esteettisiä, muodikkuteen tai toisten mielipiteisiin liittyviä, sosiaalisen aseman näyttämiseen, identiteetin rakentamiseen ja monia muita näkökulmia ja niihin liittyvää arvoa tai jopa hyötyä? Ilmeisesti tässä kohdassa Porter ajattelee terveydenhuollon asiakkaana pikemminkin maksajana olevaa työnantajaa kuin niin kutsuttua loppuasiakasta, potilasta.

Terveyshyötyfundamentalismissaan Porter poikkeaa markkinafundamentalismista ja tulee lähemmäs ylhäältä johdetun julkissektorin tyyppillistä ajattelutapaa. Tämä lienee yksi syy, miksi hänen ajattelunsa on saanut tiettyä vastakaikua Suomen terveydenhuoltopolitiikan eliitisä (vrt. Teperi & al. 2009).

Porterin keskeinen teesi on, että terveydenhuollon markkinoilla keskeinen yksikkö, jonka tasolla terveyshyödyn mittaaminen ja siitä kilpaileminen on mielekästä ja mahdollista, on *medical condition*, lääketieteellinen tai lääketieteellisiä toimia edellyttävä tila. Kyse on joukosta sairauksia tai vammoja, joiden ehkäisyyn ja hoitoon parhaiten vastataan samanlaista sopivaa osaamista, välineitä ja toimenpiteitä soveltavalla erityi-

sellä prosessilla. Porter alleviivaa, että tämä on eri perspektiivi kuin terveydenhuollon jakaminen lääketieteen erityisalojen mukaan, koska useiden tilojen hoidossa tarvitaan eri erityisalojen osaamista. Toisaalta samalla erikoisalalla voi nyt olla vastuullaan varsin erilaisia prosesseja vaativia tautitiloja. Tietyn ongelman tuottaa se, että Porter esittää vain joitakin esimerkkejä mallinsa mukaisista kilpailun kohteeksi soveltuvista lääketieteellisistä tiloista, mutta ei yleisempää analyysia siitä, kuinka moneen ja millaisiin yksiköihin terveydenhuollon kilpailu pitäisi laajemmin ottaen rakentaa. Esimerkkeinä mainitaan muun muassa diabetes, selkäydinvaurio, sydänverisuonten ahtauma, munuaistaudin dialyysi ja krooninen munuaistauti. Lääketieteellisen tilan mukaan muodostettavan yksikön määrittely tulee vielä vaativammaksi, kun Porter esittää, että samaan yksiköön pitäisi koota ehkäisyyn, diagnoosiin, hoidon ja kuntoutuksen koko ”sykli”, ei vain jonkin vaiheen toimintoja.

**Terveyden tavarataloista kohti erikoisliikkeitä**  
Lääketieteellisen tilan tarkemman määrittelyn sivuuttaen Porter etenee kuvaamaan haluamaansa terveydenhuollon rakennetta, joka muodostuisi näiden tilojen ympärille.

Keskeinen ajatus on, että terveydenhuollon palvelutuottajaorganisaatiot eivät olisi nykyisen kaltaisia ”tavarataloja” vaan pikemminkin ”erikoisliikkeitä”, yhteen tai korkeintaan muutama lääketieteelliseen tilaan keskittyviä erityisyksikköjä. Erityisalallaan ne eivät rajoittuisi vain johonkin kaupunkiin tai seutukuntaan tai osavaltioon, vaan osallistuisivat kansalliseen ja jopa kansainväliseen kilpailuun oman alansa potilaista. Kilpailuvalttina olisi huippuosaamiseen perustuva potilaalle tuotettava muita suurempi tai varmempi terveyshyöty. Useampi tällainen erikoisyksikkö voisi kuitenkin integroitua löyhemmin yhteen, jos ne hyötyisivät yhteisestä infrastruktuurista tai muusta synergiasta. Ne voisivat myös sisäisesti eriytyä esimerkiksi preventioon, diagnoosiin ja toimenpiteisiin keskittyviin yksiköihin. (Porter & al. 2006, 149–240.)

Sairausvakuutusyhtiöt Porter ajaisi ostamaan vakuutusmaksujen maksajille maksimaalista terveyshyötyä ja kilpailuttamaan tuottajia tästä lähtökohdasta. Siksi hän suhtautuu kriittisesti HMO:n kaltaisiin vakuutusyhtiöiden ja tuottajien kiinteisiin liittoutumiin tai palvelujen ostamiseen niiltä tuottajilta, jotka tarjoavat parhaat

paljousalennukset. Nehän houkuttelevat mini-moimaan hintoja eivätkä maksimoimaan terveyshyödyn ja hinnan suhdetta. Rahoitusjärjestelmän tulisi luoda myös vakuutusmaksuja maksaville työnantajille ja vakuutetuille itselleen insentiivejä pyrkiä maksimaaliseen terveyshyötyyn ja suosia terveyden erikoisliikkeitä. (Porter & al. 2006, 229–281.)

Keskeinen edellytys Porterin ajatuksen toteutumiselle on toimijoiden kyky verrata palvelutuotteita ja -tuottajia niiden tuottaman hinta/terveyshyötysuhteen perusteella. Vaikka tällaisen tietojärjestelmän luominen koko terveydenhuoltoon on kaukana nykytilanteesta, Porter uskoo – muutamia lääketieteellisiin tiloihin liittyvien vaikuttavuusmittariesimerkkien innoittamana – että tällainen tietojärjestelmä on mahdollista luoda, kunhan vain muodostuu motivaatio ryhtyä sitä kattavasti rakentamaan.

Terveysspoliittisen lainsäädännön ja sääntelyn alueella Porter esittää koko väestöä kattavaa vakuutusturvaa, osittain tasa-arvoargumentein. Keskeisin argumentti näyttää kuitenkin olevan se, että hän pitää Medicaren vahvaa ja yhtenäistä roolia palvelujen ostajana kilpailua vääristävänä ja väärin asioihin kohdistuvana.

Toinen keskeinen julkiselle sektorille asetettava vaatimus on panostaminen läpinäkyvän vaikuttavuustietojärjestelmän kehittämiseen. Kolmas on tuottaja- ja vakuutusyhtiöiden välistä kilpailua rajoittavan sääntelyn purkaminen siltä osin, kuin sääntely rajoittaa tuottaja- ja vakuutusyksiköiden kilpailua, esimerkiksi jonkin rajatun maantieteellisen alueen ulkopuolelle.

## **Christensen: murrosten kautta uudistuvat terveydenhuollon rakenteet**

Clayton Christensenin lähtökohtana on hyödyn-tää muiden toimialojen innovaatiotutkimukses-ta saatua ymmärrystä terveydenhuoltoon, jota on hänen mielestään väärin pitää jotenkin ainutlaa-tuisena (Christensen & al. 2009, xix):

”Terveydenhuoltoalan ongelmat eivät itse asiassa ole mitenkään ainutlaatuisia. Lähes kaikkien toimialojen tuotteet ja palvelut ovat alkuvaiheissaan olleet niin monimutkaisia ja kalliita, että vain varakkaimmilla on ollut varaa hankkia niitä ja vain erityisasiantun-tijat ovat kyenneet tuottamaan tai käyttämään niitä.”

Christensen viittaa esimerkiksi puhelimen, valokuvauksen, lentomatkustuksen ja auton ensi vuosikymmeniin teollistumisen alkuvuosikymmeninä ja myöhemmin vaikkapa tietokoneen tai korkeimman koulutuksen esimerkkeihin. Hänen mukaan kaikki mainitut toimialat ovat myöhemmin muuttuneet tavalla, joka on tehnyt niiden tuotteet ja palvelukset saavutettaviksi paljon laajemmille kansalaispiireille ja niiden tuottamisen mahdolliseksi aivan tavallisille ammattilaisille eikä vain aikakauden ”huippuosaajille”. Tämän muutoksen mahdollistajaa hän kutsuu ”murros-innovaatioksi” (*disruptive innovation*). Murros-innovaatio rakentuu Christensenin (2009, xx) mukaan lähes aina kolmesta elementistä:

- *teknologinen mahdollistaja*, joka yksinkertaistaa aiemmin monimutkaisen ja jäsentymättömmän ongelmanratkaisun
- *liiketoimintamallia koskeva innovaatio*, joka hyödyntää teknologisen mahdollisuuden tuottamalla asiakkaille soveltuvan ratkaisun heidän maksukykynsä soveltuvasti ja heille helposti saatavaksi
- *arvoverkkoa koskeva innovaatio*, jossa useiden yritysten toisiaan täydentävät toimintamallit uudistuvat tavalla, jossa yhdistyvät verkon toimijoiden ansaintamallit ja asiakkaalle yhdessä tuotettava arvo uudella tavalla.

Esimerkkinä käytetään murros-innovaatioita isoista ja minitietokoneista kohti mikrotietokoneamaailmaa. Teknologinen mahdollistaja oli mikroprosessori. Liiketoimintamallin kehittivät esimerkiksi Apple, Dell ja IBM, kun samat lähtökohtaedellytykset omaava DEC yritti vanhalta mallilla ja tuli syrjäytetyksi markkinoilta. Syrjäytetyiksi tulivat myös monet isojen ja minitietokoneiden ajan menestyneet alihankkijat ja myyntiorganisaatiot, jotka korvattiin mikrotietokoneiden vaatimuksiin nopeimmin reagoivilla organisaatioilla.

Terveys- ja hoitoalalla Christensen tunnistaa kolme teknologista kehitysvyöhykettä, joiden välissä on tapahtunut murros-innovaatioita. Hoitoa on tarjottu ja tarjotaan moniin tiloihin edelleenkin ilman sairaustilan syyn selvittämistä diagnoosia. Tällaista hoitoa Christensen kutsuu *intuitiiviseksi terveydenhuolloksi* (intuitive medicine). Täsmällisen diagnoosin korvaa ammattilaisen korkea koulutus ja kokemus, jonka perusteella sopiva hoito löytyy todennäköisemmin kuin maallikon ratkaisuna, tarvittaessa erilaisia hoitoja kokeilemalla. Kun diagnoosia ja hoitoa koskeva

tietämys kumuloituu niin, että tiedetään jonkin hoidon jollakin tilastollisella todennäköisyydellä auttavan joidenkin oireiden taustalla olevan oletetun taudin parantumiseen, voidaan puhua *empiirisestä terveydenhuollosta* (empirical medicine). Tästä edetään tasolle, jossa diagnoosi voidaan asettaa varmasti ja sen perusteella voidaan valita hoito, jonka voi olettaa tehoavan jokaiseen diagnoosin saaneeseen potilaaseen. Tätä tasoa Christensen kutsuu *täsmäterveydenhuolloksi* (precision medicine). Kuviossa 1 on esitetty tulkinta eräiden yleisten sairaustilojen nykyisestä sijainnista diagnoosin ja hoidon täsmällisen osuvuuden akseleista muodostuvalle kartalle.

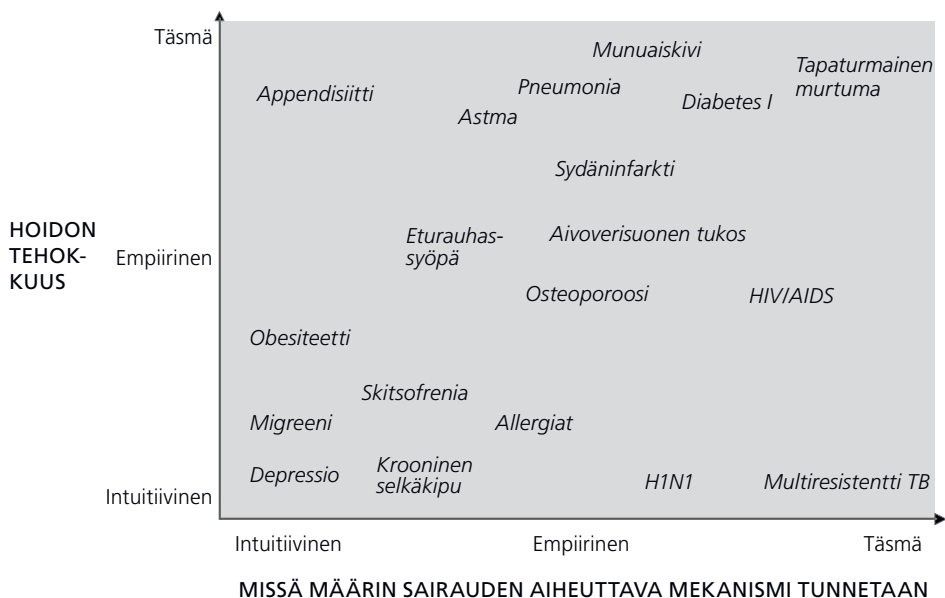
Terveys- ja hoitoalalla viimeisen 100–150 vuoden historian aikana erityisesti monet tartuntataudit ovat siirtyneet intuitiivisen ja empiirisen vaiheen kautta täsmäterveydenhuollon tasolle. Myös kroonisten sairauksien osalta voi odottaa samaa siirtymää. Esimerkiksi lapsuuden ajan diabeteksen diagnoosin ja hoidon Christensen jo luokittelee täsmäterveydenhuolloksi, kun taas esimerkiksi migreenin ja depression hoitoa hän pitää intuitiivisen terveydenhuollon tasolla olevana.

### Ongelmanratkaisupajat, erikoisliikeketjut ja verkostojen ylläpitäjät

Christensenin keskeinen teesi on, että kullekin näistä kolmesta hoidon teknologisesta tasosta tarvitaan erilainen liiketoimintamalli. Porterin suosittelema tuotetun *terveys- ja hoitoalalla ansainta* (*value capturing*) ja tuotetulla terveyshyödyllä kilpaileminen sopii suureen osaan empiirisen terveydenhuollon tasolla olevaa toimintaa. Palvelutuottajien organisoitumisen osaltakin Christensen tulee tältä osin lähelle Porteria: tarvitaan suhteellisen autonomisesti organisoitunutta erikoistunutta toimintaa (*value adding business process*), joka voi organisoitua vertikaalisesti tautikohtaisiksi erikoisyksiköketjuiksi tai horisontaalisesti itsenäisiä erikoisyksiköitä sisältäviksi sairaaloiksi.

Intuitiivisen terveydenhuollon alueella suuri osa toimintaa ja kustannuksia rakentuu diagnoosin ja toimivan hoidon etsimisestä. Terveys- ja hoitoalalla mittaaminen ja maksettavan korvauksen sitominen siihen on mielekästä vasta, kun riittävän täsmällinen diagnoosi on saavutettu ja siihen liittyvä oikea hoitomuoto valittu. Tämän vuoksi Christensen suosittelee tähän osaan terveydenhuoltoa *käytettyihin resursseihin liittyvää ja suoritekohtaista* (*fee for service*) *ansaintaa* ja hinnoittelua. Perusteluna on, ettei parempaakaan an-





Kuvio 1. Sairaustilojen sijoittuminen diagnoosin täsmällisyyden ja valitun hoidon tehokkuuden kartalla, Christensenin (2009, 63) mukaan

saintamallia ole olemassa. Tuottajayksikköä voidaan luonnehtia ongelmanratkaisupajaksi (*solution shop*).

Täsmäterveydenhuollossa taas formaalin palvelutuottajan osuus voi olla varsin pieni, terveyshyöty syntyy potilaan omasta ja läheisten toiminnasta ja usein vertaisryhmän tuesta. Palvelutuottajan rooli on ylläpitää tämän edellytyksiä, verkostoa tukevaa tiedotusta ja kommunikaatiomahdollisuuksia, omaan ja omaisten toimintaan liittyvää tiedotusta, motivointia ja seuranta ja vain kriisitilanteissa puuttua vahvemmin asioihin. Esimerkkinä käytetään erityisesti lapsuusajan diabeteksen hoitoa, jossa potilas ja omaiset vastaavat jopa niin kotilaboratoriossa (veren sokeriarvojen kotimittaus) kuin lääkkeen (insuliinin) kotiannostelustakin. Tässä toiminnassa Christensen suosittelee palvelutuotannossa *jäsenyyteen perustuvaa ansaintamallia*, jossa vakuutuksen maksamaa ”jäsenmaksua” vastaan potilas ja hänen omaisensa saavat ”jäsenoikeudet” tukea, motivaatiota ja seuranta ylläpitäviin verkostoihin ja esimerkiksi terveydenhoitajan antamiin palveluihin. Toimintamallia voi kutsua verkostoitumisen tukemiseksi (*facilitated network business*).

Christensenin mielestä sairaaloiden kyvyttömyys hallita kustannuskehitystään ja tehdä palvelujensa hinnanmuodostus maksajan kannalta

läpinäkyväksi johtuu siitä, että niissä ei ole kehitetty selkeästi eriytyneitä (liike)toimintamalleja ongelmanratkaisuja ja hoitotoimenpiteitä ja verkostoja tuottaville prosesseille. Toimintamallien eriyttäminen olisi myös tarpeen, jotta sekä teknologioiden että toimintamallien innovatiivinen kehittäminen olisi nopeampaa – jotta vanhentuneisiin ja tehottomiin malleihin jämähtäneet paljastuisivat ja tuhoutuisivat kilpailussa.

### Perusterveydenhuollon kolme kehityssuuntaa

Yleislääkärin vastaanotolle ja perusterveydenhuollossa kolmen toimintamallin eriyttäminen avaa kolme keskeistä ja erilaista kehityshaastetta (Christensen & al. 2009, 113). Samoin kuin sairaaloita, myös perusterveydenhuoltoa vaivaa tehottomuus ja innovatiivisen kehityskyvyn puute niin kauan, kun se ei kykene suhtautumaan eriytyneesti kuhunkin kehityshaasteeseen.

Intuiitiivisen terveydenhuollon tehtäväalueesta merkittävä osa on ollut yleislääkärin vastuulla, he ovat pyrkineet selvittämään, mikä oireilevaa potilasta oikein vaivaa, tekemään diagnoosia tai alustavaa diagnoosia ja ratkaisemaan, aloitetaanko hoito perusterveydenhuollossa vai tarvitseeko potilaan tilan selvittäminen ja oikean hoidon valinta tutkimuksia erikoissairaanhoidossa. Tällä alueella uudet teknologiat ja uudet työnjakomallit erikoissairaanhoidon kanssa voivat vä-

hentää tarvetta siirtää potilaita keskimäärin paljon kalliimman erikoissairaanhoidon yksiköiden vastuulle. Christensen näkee perusterveydenhuollon haastajaksi ja nykysairaalat vanhentuvi- ne toimintamalleineen vähitellen syrjään työnnettäväksi toimijaksi. Syntymässä on *lääkäri- ja diagnostiikkakeskeinen perusterveydenhuollon kehittämissuunta*.

Sairaustilojen käsittelyn siirtyminen täsmäterveydenhuollon mahdollistavalle teknologiselle ja toimintamallien tasolle on jo siirtänyt ja siirtää jatkossakin hoitovastuuta sairaaloilta perusterveydenhuoltoon. Christensenin näkemyksen mukaan perusterveydenhuollossa täsmäterveydenhuolto merkitsee kalliin lääkärityön supistamismahdollisuutta kasvattamalla potilaan omaa ja terveyden- ja sairaanhoitajien roolia. Syntyy siis *terveydenhoitajakeskeinen perusterveydenhuollon kehittämissuunta*.

Useiden kroonisten sairauksien hoidon alueella kehitysmahdollisuus liittyy myös siirtymiseen empiirisen terveydenhuollon tasolta täsmäterveydenhuollon tasolle. Erityisesti kroonisten tautien hallinnassa muodostuu mahdollisuus toimintamalleille, joissa keskeinen terveys- ja hyvinvointivaikeus syntyy potilaan itsensä, omaisten ja erilaisten läheis-, vertais- ja tukiverkostojen rakentumisesta, ylläpidosta ja tukemisesta tietotekniikkaa ja virtuaalimaailmaan soveltuvia tietosisällön ylläpitokeinoja soveltaen. Syntyy siis *verkostojen tukemiseen painottuva perusterveydenhuollon kehittämissuunta*.

#### Rakenteita haastava murrosinnovaatio

Christensenin perspektiivistä ei oikeastaan voi asettaa tavoitteeksi jotakin nykyistä parempaa terveydenhuoltojärjestelmän rakennetta. Eri liiketoimintamallit ja arvoverkot edellyttävät erilaisia rakenteita ja liiketoimintamallien ja arvoverkkojen pitäisi olla kaiken aikaa kehittymässä intuitiivisesta terveydenhuollosta empiiriseen terveydenhuoltoon ja empiirisestä terveydenhuollosta täsmäterveydenhuoltoon. Murros innovaation laatusanana korostaa juuri sitä, että uusi toimintamalli murtaa myös vanhoja rakenteita. Ja kun terveydenhuollon eri tehtäväalueilla ollaan eri kehitysvaiheessa, mitään kaikelle terveydenhuololle yhteisesti sopiva yhtenäisrakennetta ei ole syytä tavoitella. Pikemminkin tavoitteena on oltava joustavasti uusiin liiketoimintamalleihin sopeutuva ja niiden kehittymistä edistävä rakenne.

Christensen hakee terveydenhuoltojärjestel-

män monien toimijoiden joukosta niitä, jotka voisivat viedä kehitystä teknologioiden, liike-toimintamallien ja arvoverkkojen murrosinnovaatioiden yleistymisen ja nopeutumisen tielle. Hän vakuuttaa, että sillä tiellä löytyy kustannusten hillinnän ja vaikuttavuuden lisäämisen yhtälö. Christensen pohtii kehityksen driveria, jonka ominaisuuksia olisivat:

1. Se toimii pitkällä aikaperspektiivillä, jolloin se on valmis kuluttamaan tänään enemmän terveydenhuoltoon, mikäli se on välttämätöntä tulevaisuuden terveydenhuoltokustannusten säästämiseksi.
2. Se ansaitsee pitämällä meidät terveenä eikä ala ansaita vasta, kun väestö sairastaa,
3. Se tuntee meidät ja kykenee henkilökohtaiseen huolenpitoon meistä.
4. Sen sijainti mahdollistaa vaivattoman palvelujen käytön.
5. Se on kykenevä päättäväisyyteen tarvittavien muutosten aikaansaamiseksi.

Christensenin ymmärryksen mukaan vakuutusyhtiöillä, lääkärikunnalla, palvelutuottajaorganisaatioilla, vakuutetuilla työntekijöillä ja valtiolla on kullakin liian monia heikkouksia näiden kriteerin suhteen. Parhaiksi ehdokkaiksi hän nostaa vakuutusmaksuja maksavat työnantajayritykset ja HMOt ja vielä näiden vertailussa nimenomaan työnantajayritykset (kuvio 2).

#### Krugman: universaalisuus ja yksinkertaisuus terveydenhuoltojärjestelmässä lisäävät tehokkuutta

Paul Krugmanin (2007, 214-216) lähtökohtana on kolme väitettä. Ensinnäkin hän huomauttaa, että palkkojen, koulutuksen ja monen muun asian osalta monet avoimesti argumentoivat, että yhteiskunnalliset erot ovat hyvästä ja julkisen valan ei pitäisi näihin eroihin liiaksi puuttua. Terveydenhuollon suhteen eroja ei kuitenkaan pidetä sinänsä oikeudenmukaisena ja hyvänä asiana, mikä osoittaa hänelle, että väestön tasa-arvoisuus terveydenhuollon suhteen vastaisi laajaa kansalaisten arvoyksimielisyyttä myös Yhdysvalloissa. Toiseksi hän huomauttaa, että yhdysvaltalaiset eivät hyväksy kansalaisilta veroina ja maksuina kerättyjen varojen tuhlaamista, joten nykytilanne ei vastaa kansalaisten toiveita. Kolmanneksi hän huomauttaa, että mielipidetiedusteluissa toistuvasti ilmenee poliittisiin päättäjiin kohdistuva

	Pitkä aika- perspektiivi	Ansainta terveydestä	Tuntee meidät	Vaivattomuus	Päätäväisyys muutokseen
Vakuutusyhtiö	–	+	--	--	–
Lääkärikunta	–	--	+	+	--
Tuottaja (sairaala)	--	--	--	–	--
Valtio	–	+	--	+ –	–
Työntekijät	+ –	+	++	–	--
Työnantajat	+	++	+	++	+
HMOt	+	++	+ –	++	++

Kuvio 2. Arvio Yhdysvaltain terveydenhuollon keskeisten toimijoiden soveltuvuudesta ”kehityksen moottoriksi” (Christensen & al 2009, 207)

odotus, jonka mukaan terveydenhuollon ongelmien ratkaiseminen pitäisi olla päättäjien agendalla yksi ensisijaisimmista asiakohdista.

Kun Porter ja Christensen lähtevät siitä, että Euroopan terveydenhuoltojärjestelmien valtiokeskeisyys tai ”sosialistisuus” riittää epäämään niiden esimerkin laajemman soveltamisen, niin Krugman argumentoi, ettei Euroopassakaan ole ”sosialisoitu” terveydenhuoltoa, vaan sen rahoitus (*socialized medicine* vs. *socialized insurance*). Ja sitä hän ei pidä pelottavana, varsinkin kun sosialistisuus tarkoittaa hänelle pikemminkin tasarvoisuutta kuin valtiokeskeisyyttä.

Krugmanilla on paljon samanlaista kritiikkiä kuin Christensenillä ja Porterilla siitä, miten monimutkainen ja monitoimijainen järjestelmä houkuttelee kustannusten, riskien ja vastuiden siirtämiseen toisille toimijoille pikemmin kuin niiden hillitsemiseen ja järjestelmän kokonaistehokkuuden parantamiseen. Krugman (2007, 220) huomauttaa esimerkiksi:

”Yksityisen vakuutusyhtiöt eivät kuitenkaan ansaitse maksamalla terveydenhuollosta. Ne ansaitsevat kokonaalla vakuutusmaksuja ja välttämällä terveydenhuollon maksamisen, aina siihen asti, että ne voivat päästä eroon vakuutusmaksun maksajasta ennen kuin tämän sairaanhoitoa tarvitsee maksaa. Itse asiassa sairausvakuutusyhtiöiden omassa kielenkäytössä esimerkiksi suuresta kirurgisesta operaatiosta maksaminen luonnehdintaan sananmukaisesti lääketieteelliseksi tappioksi<sup>2</sup>.”

Eikä kyse ole vain kustannusten siirrosta. Kustannusten siirtopyrkimys merkitsee miljoonille ihmisille huonompaa terveysturvaa. Esimerkiksi

työnantajat, vakuutusyhtiöt ja palvelutuottajat pyrkivät pääsemään eroon työntekijöistä, vakuutetuista ja potilaista, joiden sairaanhoitokustannukset ovat erityisen korkeat. Yhtenäisten hoitoketjujen ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen vaikeutuu. Ehkäisevä ja terveyttä edistävä toiminta jää helposti marginaaliin.

Kun näitä haittoja ja kustannussiirtoja pyritään itselle hankkimaan ja toisilta vastatoimin ja sääntelyllä välttämään, palvelujärjestelmän eri toimijoiden hallinto- ja transaktiokustannukset nousevat. Krugman esittää likimain saman arvion hallintokustannusten osuudesta terveydenhuoltomenoissa kuin kaksi muutakin edellä mainittua professoria – arviot kolmessa kirjassa vaihtelevat välillä 29–31 prosenttia. Yksityisten vakuutusyhtiöiden hallintokustannukset ovat Krugmanin (2007, 222) noin 15 prosenttia niiden kautta kulkevista terveydenhuoltomenoista, kun valtiollisella Medicare-vakuutuksella vastaava osuus on vain kaksi prosenttia. Suuria hallintokuluja muodostuu vakuutusyhtiöiden lisäksi myös palvelutuottajille.

Terveydenhuoltojärjestelmän uudistamista koskevissa ehdotuksissaan Krugman lähtee siitä, että toimivin ratkaisu olisi eläkeikäisten valtiollisen Medicaren laajentaminen kattamaan koko väestön. Hänen mukaansa tämä tuottaisi Yhdysvaltoihin likimain Ranskan terveydenhuoltojärjestelmämallin ja huomauttaa, että WHO:n arvioinneissa (WHO 2000) Ranskan järjestelmää on pidetty maailman parhaana<sup>3</sup>. Koska hän ei pidä tätä poliittisesti realistisena, hän esittää lain-

2. Englanniksi *medical loss*

3. Suomessa kyseistä WHO:n rankingia on tosin kritisoitu varsin jyrkästi (ks. Häkkinen & Ollila 2000).



säädännöllistä raamia, jolla sairausvakuutustointa säädellettiin (Krugman 2007, 238–240):

- sairausvakuutuksen pakollisuus sekä työntekijöiden osalta että kaikille asukkaille (samalla tavoin kuin auton omistajalla on oltava liikennevakuutus)
- vakuutusmaksun tasasuuruisuutta kaikille tai porrastamista korkeintaan iän ja asuma-alueen, mutta ei vakuutetun sairastamishistorian mukaan
- julkista tarveharkintaista tukea, jolla mahdollistettaisiin köyhempien kotitalouksien kyky maksaa vakuutusmaksunsa
- yksityisten ja julkisten vakuutusyhtiöiden kilpailun sallimista ja kannustamista.

Nämä raamit, viimeistä lukuun ottamatta, muistuttavat Barack Obaman läpi ajamia uudistuksia, joskin Obaman uudistuksissa selkeät periaatteet jäivät kovan lobbauksen saattelemina puolitehen. Krugman huomauttaa, että vaikka raamit vähentäisivät väliinputoamia ja hallintokustannuksia, tämä olisi hallinto- ja transaktiokustannuksiltaan korkeampi kuin hän alkuperäinen Medicaren laajentamisen mallinsa. Raameista viimeisen, yksityisen ja julkisen vakuutuksen kilpailun salliminen, Krugman uskoisi johtavan ainakin alkuvaiheessa Medicaren markkinaosuuden kasvuun.

## Entä oppien siirtäminen Suomeen?

Yhdysvaltain järjestelmän korjaamiseksi esitettyjen ratkaisumallien siirtäminen Suomeen ei mittasuhteiden ja järjestelmien nykytilan erojen vuoksi ole kovin todennäköisesti hyödyllisin tapa oppia Yhdysvalloista. Opettavainen esimerkki tämä yrittämisestä on Juha Teperin, Michael Porterin ja kumppanien pamfletti Porterin oppien soveltamisesta Suomeen (Teperi & al. 2009). Pamfletti rakentuu kyllä lääketieteellisen tilan ympärille rakentuvien yksiköiden suosittelemiseen, niiden tuottaman terveyshyödyn mittaamisen kehittämiseen ja jonkinlaisen kilpailun luomiseen yksiköiden välille niiden tuottaman hinta/terveyshyöty-suhteen perusteella. Ongelmana on kuitenkin se, ettei yksikkörakenteesta tai kilpailun aikaansaamisen tavasta esitetä juuri mitään konkreettista. Raportissa on enemmän huomautuksia siitä, mitä Suomen terveydenhuoltojärjestelmän vahvuuksia ei saisi uhrata ”porterilaisuuden alttarilla” kuin siitä, miten terveyden-

huoltojärjestelmämme vahvuudet olisi mahdollista säilyttää ja kuitenkin toteuttaa Porterin mallin mukaiset terveyshyödyn tuottamisen markkinat. Näin lopputuloksena on sekasotku, josta sekä markkinoistamisideologian kannalla oleva kokoomuksen oikeistosiiven kannattaja että pohjoismaisen mallin säilyttämiseen uskovat sosiaalidemokraattien vasemman sivustan kannattajat voivat löytää jotain itselleen. Analyyttistä kokonaiskuvaa etsivä sen sijaan pettyy.

Mielestäni Porterilta voisi löytää terveyshyötyä mittaavien tietojärjestelmien lisäksi myös muuta kiinnostavaa Suomen terveydenhuollon rakennemuutoskeskusteluun, mutta pikemmin hänen järjestelmäkritiikkinsä kuin ratkaisuehdotustensa puolelta. Porterin kritiikki monitoimijaisen ja epäyhtenäisen järjestelmän taipumuksesta kannustaa eri toimijoita etsimään mahdollisuuksia kustannusten siirtoon toisilleen eikä niinkään terveyshyödyn maksimoimista sopii toki myös Suomen monikanavaisen terveydenhuollon rahoitukseen. Esimerkkejä on psykiatrisen kuntoutuksen pallottelusta kunnallisen ja sairausvakuutusrahoitteisen toiminnan välillä aina kunnallisten vanhainkotien ulkoistamiseen näennäisyksityisiksi palvelutaloiksi ensisijaisesti kustannustensiirtosyistä. Myös Porterin kritiikki terveydenhuollon toimijoiden konsolidoitumisesta neuvotteluvoiman saamiseksi suhteessa toisiin toimijoihin voisi herättää suomalaiset lukijat pohtimaan. Onko suomalaisen kunta- ja palvelurakennehankkeen riskinä, että tavoiteltu konsolidoituminen, sekä ostaja- että tuottajayksikkökoon kasvattaminen, johtaakin neuvotteluvoimaltaan entistä vahvempiin toimijoihin, jotka eivät kuitenkaan käytä vahvuuttaan toiminnan innovatiiviseen tehostamiseen vaan revii- ja resurssinsiirtokamppailujen käymiseen?

Niin Porter, Christensen kuin Krugman antavat Yhdysvaltain monitoimijaisen terveydenhuoltojärjestelmän analyysillään aineksia pohtia sitä, eikö Suomen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän<sup>4</sup> kanavien lisääminen palveluteileillä vain lisää mahdollisuuksia kustannustensiirtopyrkimykseen ja vaadi näiden pyrkimysten estämiseksi uusia transaktio- ja hallintokustannuksia eri toimijoilta. Samoin ne antavat aineksia pohtia

4. Ennen muuta verorahoitteinen kunnallinen järjestelmä, sairaus-, tapaturma- ja muilla vakuutuksilla osarahoitettu yksityinen järjestelmä sekä sairausvakuutuksen ja työntekijöiden rahoittama työterveydenhuoltojärjestelmä

niitä transaktio- ja hallintokustannuksia, kustannustensiirtopyrkimyksiä, jäykkyyksiä ja tehostumisen esteitä, joita terveydenhuoltojärjestelmän monimutkaistaminen erottamalla tilaaminen ja tuottaminen ja rakentamalla Paras-hankkeen mukaisia isäntäkunta- ja muita hybridihallintorakenteita voi aiheuttaa.

Kolmen professorin analyyseista voisi myös saada paljon aineksia arvioida edellisen pääministerin Matti Vanhasen ja Sitran (Aronkylä & al. 2010) esittämiä terveystalouksellisia, joita tarjotaan rahoituksen monikanavaisuuden ja järjestelmän monimutkaisuuden ratkaisemiseksi. Tavallaan nämä esitykset muistuttavat Krugmanin Yhdysvalloille tarjoamaa ”Ranskan tietä”. Vaikka niissä rahoitus kerättäisiin pääasiassa verotuksella, rahasto muistuttaisi enemmän Saksan ja erityisesti Ranskan lakisääteistä sairausvakuutusta. Se poistaisi rahoituksen monikanavaisuuden sekä potilaan että palvelutuottajan kannalta. Ehdotukset ovat kuitenkin tavattoman abstrakteja sen suhteen, miten potilaalle/kansalaiselle turvattaisiin oikeus palveluihin. Nykyinen suomalainen malli lähtee siitä, että perustuslain 19. pykälän määrittämä oikeus riittäviin terveyspalveluihin uskotaan turvattavan määrittämällä sen turvaaminen julkisen vallan – kuntien – velvollisuudeksi. Niin amerikkalainen kuin ranskalainen vakuutusmalli taas lähtee siitä, että potilaille/kansalaisille tulee olla niin kutsuttu subjektiivinen oikeus palveluihin. Viimeistään siirtyminen kansalliseen terveystaloukseen, ja itse asiassa jo siirtyminen Paras-hankkeen suuriin ja hybridisiin julkisen vallan organisaatioihin, edellyttäisi kansalaisten sosiaalisten oikeuksien – eikä vain palvelutuottajan valinnan oikeuden – määrittämistä vähintään ranskalaiseen tapaan. Palvelutuottajajärjestelmän kehityksen kannalta terveystalouksellinen malli taas edellyttäisi kokonaan uutta keskinäisyyssuhteita säatelevää lainsäädäntöä yleisten kauniita toiveita sisältävien periaatelausumien sijasta. Pahimmillaanhan tuotantopuolen konsolidoituminen voisi johtaa paitsi alueelliseen ja sosiaaliseen eriarvoisuuteen, myös kustannusten hallitsemattomaan kasvuun.

Mielestäni on erityisen valitettavaa, että suomalaiset löysivät Harvardista ensin Porterin eikä Christensenin. Porterin terveyshyödytystä maksamisen ansaintamalli jatkaa ja voi ehkä jopa sy-

ventää sitä suuntausta, jossa koko terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksia suunnitellaan ikään kuin terveydenhuolto olisi pääasiassa niin kutsuttujen elektiivisten toimenpiteiden kaltaista toimintaa. Siinäähän diagnoosi on jo tehty ja se on kohtuullisen varma ja kyse on leikkaustoitmenpiteen mahdollisimman vaikuttavasta, muuten laadukkaasta ja kustannustehokkaasta suorittamisesta. Kun pakettiin vielä liitetään lyhyehkö kuntoutus, terveyshyödyllä ansainnan malli sopii siihen hyvin, aivan samoin kuin aiemmin DRG-pohjainen hinnoittelu ja hoitotakuu (Ihalainen 2007). Ongelmana vain on, kuten aiemmin hinnoitteluissa ja hoitotakuussa ja monissa muissa uudistuksissa, että suurin osa sairaanhoidosta – puhumattakaan terveydenhuollosta – ei ole näin selväpiirteistä. Tästä Christensenin analyysi teknologiselta tasoltaan, liiketoimintamalliltaan ja arvoverkoltaan erilaisista terveydenhuollon muodoista on arvokas monimutkaisen ilmiökentän jäsentely-yritys.

Christensenin jäsentelyä olisi mahdollista hyödyntää pohdittaessa suomalaisten sairaaloiden tarvittavia rakennemuutoksia. Olisiko tarpeen pohtia erikseen rakennemuutokset toimenpidekeskeisen ja diagnoosikeskeisen toiminnan näkökulmasta – ja olisiko nyt erityistä syytä kehittää diagnoosikeskeisten ongelmaratkaisupajojen kehittämisen malleja? Christensenin ajatuksia perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotto-toiminnan kolmesta eri suuntiin johtavasta kehityslinjasta voisi myös hyödyntää, kun suomalaisen kansanterveystyön tai terveyskeskuksen vastaanottotyön kehitystä hahmotetaan. Jos sairaaloiden osalta ongelmana on ollut liian yksipuolinen elektiivisen toiminnan pitäminen kaiken sairaalatoiminnan mallina, terveyskeskuksia koskevassa keskustelussa ongelmana saattaa olla liian yksipuolinen lääkärikeskeisen toiminnan pitäminen kaiken vastaanottotyön mallina.

On hyvä huomata, että sekä Porter että Christensen ovat kehittäneet kritiikkinsä ja ratkaisumallinsa ajatellen miltei pelkästään suhteellisen terveeseen työikäiseen väestöön keskittyvää ja pääasiassa työntajarahoitteilla vakuutuksilla maksettavaa terveydenhuoltoa. Näin heidän terveydenhuollossaan ei juurikaan ole monisairaiden ja eritasoisia hoivapalveluja tarvitsevien vanhusten tarpeita.

## TIIVISTELMÄ

*Juhani Lehto: Harvardin opeilla terveydenhuollon rakennemuutoksia?*

Yhdysvaltain terveydenhuollon rakenneongelmia on analysoitu ennen Obaman reformia laajasti. Suomen perspektiivistä erityisen kiinnostavia ovat kaksi Harvard Business Schoolin professoria Michael Porter ja Clayton Christensen sekä Nobelin taloustieteen palkinnon saaja, Princetonin yliopiston professori Paul Krugman.

Porterin analyysin ydin on, että Yhdysvaltain terveydenhuollon rakenne kyllä synnyttää toimijoiden välistä kilpailua, mutta kilpaillaan vääristä asioista. Tuottajat fuusioituvat yhä suuremmiksi voidakseen siirtää kustannuksia vakuutusyhtiöille, työnantajille ja potilaille, vakuutusyhtiöt siirtääkseen kustannuksia tuottajille, työnantajille ja potilaille, työnantajat siirtääkseen kustannuksia toisille työnantajille ja potilaille, lääketeollisuus tuottajille ja potilaille ja niin edelleen. Porter hahmottelee ohjelmaa, jolla kustannusten siirron sijasta tuotettu terveyshyöty olisi kilpailuvaltti.

Christensen näkee korkean kustannustason ennen muuta terveydenhuollon teknologisen kehityksen ja liiketoimintamallien aiheuttamana välivaiheena, josta on syytä edetä tekemällä halvempien teknologioiden kehittäminen ja liiketoimintamallien eriyttäminen kannustetuksi ja joustavaksi.

Krugman kiinnittää huomion siihen, että kustannusten siirtopyrkimys ja siitä puolustautuminen aiheuttaa terveydenhuoltoon suunnattomat transaktio- ja hallintokustannukset. Niiden osuuden terveydenhuollon kokonaismenoista kaikki kolme professoria arvioivat olevan noin 29–31 prosenttia. Krugmanin ratkaisuehdotus on yhtenäisen kansallisen sairausvakuutuksen rakentaminen sen mallin pohjalta, jota vanhusten julkinen sairausvakuutus Medicare on antanut ja jossa transaktio- ja hallintokustannukset ovat vain murto-osa yksityisen sektorin vastaavista kustannuksista.

Kolmen professorin analyysit varoittavat siitä, että Suomen terveydenhuollon rahoituksen monikanavaistaminen mm. palvelusetelillä ja rakenteen monimutkaistaminen maakunnallisilla hybridioorganisaatioilla ja tilaaja-tuottaja-malleilla voi johtaa hallinto- ja transaktiokustannusten kasvuun ja kustannusten siirtopyrkimysten voimistumiseen. Ajatus kansallisesta terveysrahastosta muistuttaa Krugmanin suositusta, mutta Yhdysvaltain oloissa sillä on toisenlainen merkitys kuin Suomessa. Suomessa sen sijaan on syytä harkita opin ottamista vakuutusperusteisten järjestelmien paremmasta tavasta määritellä kansalaisten subjektiivinen oikeus terveyspalveluihin. Christensenin erittely antaisi aineksia sekä suomalaisen sairaalalaitoksen että terveyskeskustyön uudistamiskeskusteluun.

## KIRJALLISUUS

- Aronkylä, Timo & Hallipeltö, Aatos & Kangasharju, Aki: Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Helsinki: Sitra, 2010
- Christensen, Clayton & Grossman, Jerome & Hwang, Jason: The Innovator's Prescription. A Disruptive Solution for Health Care. New York: McGraw-Hill, 2009
- Häkkinen, Unto & Ollila, Eeva (toim.): Suomen terveydenhuollon tila ja maailmanterveysraportti 2000. Aiheita 35/2000. Helsinki: Stakes, 2000
- Ihalainen, Rauno: Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. Tampere: Tampere University Press, 2007
- Kaiser Permanent News Center <http://xnet.kp.org/newscenter/>

- Krugman, Paul: The Conscience of a Liberal. Reclaiming America from the Right. New York: Penguin Books, 2007
- Porter, Michael & Teisberg, Elizabeth: Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press, 2006
- THL: Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2007. Tilastoraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009
- Teperi, Juha & Porter, Michael & Vuorenkoski, Lauri & Baron, Jennifer: The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective. Sitra reports 82. Helsinki: Sitra, 2009
- WHO: World Health Report, 2000.